

**限度額適用**  
**国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書**  
**限度額適用・標準負担額減額**

(あて先) 山梨市長

被保険者証記号番号		-		個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名			男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	世帯主との続柄				一般・退本・退扶・高齢		適用区分
長期入院	該当・非該当	長期入院該当年月日	平成・令和 年 月 日		(91日該当日)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			平成・令和 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等			名称			所在地
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)			平成・令和 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等			名称			所在地
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)			平成・令和 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等			名称			所在地
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)			平成・令和 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等			名称			所在地

上記のとおり申請します。			令和 年 月 日
申請人 (世帯主)	住所	山梨市	
	氏名	(印)	電話 ( )

※窓口に来た方が世帯主以外の場合は記載してください。

届出人 (窓口に来た方)	住所	<input type="checkbox"/> 同上	
	氏名	(印)	電話 ( ) 世帯主との続柄 ( )

確認・交付		本人確認	個人カード・免許証・パスポート・障害者手帳・在留カード 保険証・高齢受給者証・年金手帳・その他( ) 面識( 課 )
		番号確認	個人カード・通知カード・住民票・その他( )